

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 28

Nécessité de la Gastrectomie
DANS LE TRAITEMENT
DE L'ESTOMAC BILOCULAIRE
PAR ULCÈRE EN ÉVOLUTION

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 26 Mai 1919

PAR

Mohamed FAHIM

Ancien interne de l'hôpital de Monaco

Né à Tanta (Egypte), le 12 janvier 1890.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE LYONNAISE

H. GARRION, rue de la Barre, 12

1919

Nécessité de la Gastrectomie

DANS LE TRAITEMENT

DE L'ESTOMAC BILOCLAIRE

PAR ULCÈRE EN ÉVOLUTION



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 28

Nécessité de la Gastrectomie

DANS LE TRAITEMENT

DE L'ESTOMAC BILOCULAIRE

PAR ULCÈRE EN ÉVOLUTION

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 26 Mai 1919



PAR

Mohamed FAHIM

Ancien interne de l'hôpital de Monaco

Né à Tanta (Egypte), le 12 janvier 1890.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE LYONNAISE

H. GABRIËN, rue de la Barre, 12

1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
ROQUE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD. TIXIER. BERARD. FABRE. ROLI ET. NICOLAS. LÉPINE (J.). WEILL. POLLOSSON (A.) CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. MOREAU. GUIART. TESTUT. X... DOYON. COLLET. X... PAVIOT. POLLOSSON (M.) COURMONT (P.) ETIENNE MARTIN. X... PIC. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales.	
Clinique obstétricale et Accouchements.	
Clinique ophtalmologique.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	
Clinique des maladies des enfants.	
Clinique des maladies des femmes.	
Physique médicale.	
Chimie biologique.	
Chimie organique et Toxicologie.	
Matière médicale et Botanique.	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	
Anatomie.	
Anatomie générale et Histologie.	
Physiologie.	
Pathologie interne.	
Pathologie et Thérapeutique générales.	
Anatomie pathologique.	
Médecine opératoire.	
Médecine expérimentale et comparée.	
Médecine légale.	
Hygiène.	
Thérapeutique.	
Pharmacologie.	

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND, —
Accouchements.	COMMANDEUR, —
Embryologie.	LATARJET, —
Anatomie topographique.	PATEL, —
Botanique.	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale.	VILLARD, —
Clinique infantile.	MOURIQUAND, —
Déontologie et médecine professionnelle.	X... —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL. COMMANDEUR. NEVEU-LEMAIRE. LAROYENNE. VORON. NOGIER. LATARJET.	MM. BRETIN. LERICHE. THEVENOT (Léon). TAVERNIER. CADE. MOURIQUAND. ARLOING (F.).	MM. GUILLEMARD. POLICARD. GARIN. SAVY. FROMENT. THEVENOT (Lucien) PIERY.	MM. COTTE. DUROUX. BONNAMOUR, char- gé des fonctions. SARVONAT, id. CONDAMIN, id. SIRAUD, id.
---	---	---	--

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BÉRARD, Président ; VILLARD, Assesseur ;
MM. SIRAUD et TAVERNIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

Gage de pieux souvenir.

A MA FIANCÉE

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES CAMARADES EGYPTIENS
DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DE DROIT DE LYON

A mon Maître

M. LE DOCTEUR MARSAN

Médecin-Chef de l'hôpital de Monaco

A mon Maître

M. LE DOCTEUR KINDERJI

Chef de clinique de la Faculté de Paris

Chirurgien de l'hôpital de Monaco

Expression de ma sincère reconnaissance pour ses savantes leçons, ses excellents conseils et sa bienveillante sympathie.

A MON RÉVÉREND PÈRE CATTIN

Chancelier de la Faculté de médecine de Beyrouth

ET A MES MAÎTRES DE LADITE FACULTÉ

Hommages respectueux.

A MES PROFESSEURS

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A mon Président de thèse

M. LE PROFESSEUR BÉRARD

A MES JUGES

En tête de ce travail nous voulons inscrire le nom de notre excellent maître, M. le Docteur DELORE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Nous avons pendant trois ans vécu à ses côtés, nous avons pendant ce temps profité de notre mieux de ses enseignements, nous avons pu apprécier ainsi ses grandes qualités de cœur, sa patience envers ses élèves comme envers ses malades. Grâce à lui nous avons abordé avec moins d'appréhension le grave chemin de la chirurgie, et dans les cas difficiles où notre conscience sera dans l'indécision, notre esprit se tournera toujours vers notre maître d'autrefois pour trouver dans ce souvenir l'indication de la marche à suivre

Dans les contrées lointaines où nous exercerons notre art, nous n'oublierons jamais notre dette de reconnaissance envers lui et nous le prions de trouver ici l'assurance de notre plus profond attachement.

INTRODUCTION

On appelle estomac biloculaire une déformation permanente de l'estomac, qui consiste dans un rétrécissement médio-gastrique. La cavité de l'estomac se trouve alors divisée en deux poches : une supérieure ou poche cardiaque, l'autre inférieure ou poche pylorique.

Cette définition élimine les biloculations temporaires disparaissant avec la réplétion de l'estomac ou par son insufflation.

L'estomac biloculaire a encore reçu le nom d'estomac en sablier, d'estomac en bissac. Les Anglais l'appellent *hour glass contracted stomach* ou simplement *hour glass stomach*. Les Italiens, *stomaco a clepsidra* ou *stomaco a bisaccia*.

Au début du xix^e siècle, sir E. Home reconnaît qu'il existe des estomacs biloculaires congénitaux; mais il admet que cette affection se rencontre surtout *post mortem* surtout quand la mort est survenue pendant la digestion.

En 1801, Sœmering accuse le corset d'être l'auteur de la biloculation, tout en reconnaissant que la déformation peut être pathologique.

Pendant presque toute la durée du xix^e siècle, la biloculation est à peine étudiée à la Société anatomo-

mique, ce n'est qu'en 1882 que les premiers travaux paraissent.

Carrington (*Trans. Path. Soc. Lond.*, vol. XXXIII) en publie trois cas; Roger Williams en publie dix cas, Glénard, en 1885, a fait des recherches à ce sujet. C'est en 1893, que Chabrié, élève de M. Charpy, fit la première thèse sur ce sujet; la même année, M. Doyen, au cours d'une laparotomie découvre un estomac en sablier et l'opère.

En 1896, M. Perret, dans sa thèse, publie les premiers cas opérés.

En 1897, M. Marion publie deux nouveaux cas suivis d'opération; en 1899 paraissent les travaux de Castellani et la thèse de M. Guillemot qui publie quinze nouveaux cas opérés.

En 1903, Pinatelle publie vingt-huit cas traités par la gastro-entérostomie.

En 1905, paraît le travail de M. Mario Donati, de Turin, sur le traitement chirurgical de l'estomac en sablier.

En 1906, un important travail par le professeur Monprofit paraît dans les *Annales internationales de la Chirurgie gastro-intestinale*.

En 1909, M. Delore a publié ses travaux pleins d'idées nettes et pratiques, avec expériences à l'appui, sur l'estomac biloculaire. Il a exposé clairement la marche à suivre au point de vue opératoire.

Eclairé par ses idées, nous ferons une étude générale de la question au point de vue anatomo-pathologique, symptomatologique et nous insisterons sur le traitement qui est le but de notre thèse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomo-pathologique, l'estomac en sablier par ulcère rebelle comporte un certain nombre de particularités très importantes pour le chirurgien :

1° SIÈGE DE L'ULCÈRE.

On distingue, d'après le siège de l'ulcère, trois grandes variétés d'estomacs en sablier. Leurs fréquences relative et leurs modalités ont été bien étudiées par Mayo Robson et Moynihan.

a) *Ulcère précardiaque.* — La rareté de cette forme constitue une heureuse circonstance. En pareil cas, un problème opératoire très délicat se pose au chirurgien.

b) *Ulcère prépylorique.* — Dans ce cas on trouve une énorme poche cardiaque et une toute petite dilatation pylorique. La poche pylorique alors peut passer inaperçue ; inversement lorsque la poche pylorique est volumineuse, la poche cardiaque peut n'être pas vue au cours de l'intervention.

c) *Ulcère médiogastrique.* — Ici, l'estomac est composé de deux poches de dimensions presque égales ; mais à la longue la poche cardiaque peut devenir plus volumineuse.

2° ADHÉRENCES, ENVAHISSEMENT DES ORGANES VOISINS.

Les ulcères en évolution qui produisent la biloculation sont de vieux ulcères rebelles, rongant les parois gastriques, déterminant la formation d'adhérences serrées et pénétrant profondément au sein des organes voisins. Perret a étudié soigneusement ces adhérences, neuf fois elles unissaient l'étranglement au lobe gauche du foie, sept fois au pancréas, six fois à la paroi abdominale antérieure et deux fois au côlon transverse.

La tendance de ces vieux ulcères rebelles à souder l'estomac aux organes voisins, puis à pénétrer à leur intérieur, leur a valu le nom d'ulcères calleux pénétrants.

Les adhérences, avec la rétraction cicatricielle, constituent les éléments essentiels de la biloculation gastrique, mais il faut aussi faire la part du spasme très bien mise en vigueur par Moynihan; dans ce cas l'estomac se relâche sous la main du chirurgien et sa forme se rapproche de celle de l'estomac normal.

Mais ces adhérences ne constituent pas la seule cause de l'estomac biloculaire, et leur libération ne suffit pas à supprimer la sténose. Une fois les adhérences rompues et les vaisseaux liés, le chirurgien se trouve en présence d'une masse dure et infiltrée, véritable agent de la sténose.

3° EXAMEN HISTOLOGIQUE DU RÉTRÉCISSEMENT.

Au microscope on voit la paroi gastrique légèrement épaissie dans sa totalité, cet épaississement tenant

plus spécialement à la muqueuse et à la sous-muqueuse.

La muqueuse peut être saine, mais elle présente plus souvent des ulcérations, cicatrisées ou en voie d'évolution, ulcérations qui restent limitées au rétrécissement ou se prolongent dans les deux poches, ou dans l'une d'elle seulement ; il n'est pas rare d'observer des ulcérations cicatrisées à côté d'autres en pleine évolution. La muqueuse peut manquer et être remplacée par du tissu fibreux ; son revêtement épithélial cylindrique, muqueux, manque complètement.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Pendant très longtemps l'estomac biloculaire fût une trouvaille d'autopsie. Actuellement, depuis que la chirurgie gastrique s'est vulgarisée, il est souvent une surprise opératoire. En effet, pour que l'estomac biloculaire ait des signes propres, il faut que la sténose soit suffisamment serrée pour aboutir à de la rétention médiogastrique.

Généralement on peut distinguer deux phases dans l'histoire clinique de l'estomac biloculaire : une première phase pour ainsi dire de préparation de la lésion, où les symptômes, qui n'ont ou ne peuvent rien avoir de pathognomonique, sont ceux des gastrites ulcéreuses, et une seconde phase où la lésion est établie définitivement, et où l'on rencontre des symptômes de sténoses gastriques très analogues à ceux des sténoses pyloriques. La transition se fait peu à peu, lentement, progressivement d'une phase à l'autre, et, l'esprit mis en éveil, le médecin pourrait sans doute, dans certains cas, assister à l'évolution de la lésion et la prévoir sinon la prévenir.

La première période, avons-nous dit, est caractérisée par des symptômes de la gastrite ulcéreuse. Qu'on lise un certain nombre d'observations d'estomac biloculaire, voici ce qu'on trouvera, avec des

variations nombreuses dans les détails, mais toujours avec les mêmes traits principaux.

La malade, car généralement c'est une femme et une femme jeune, souffre de l'estomac depuis des mois et des années, particulièrement au moment des digestions, qui sont laborieuses ; l'ingestion des aliments calme parfois momentanément les douleurs, qui réapparaissent plus vivés ensuite ; d'autres fois, les crises douloureuses n'ont aucun rapport avec les repas, elles surviennent plusieurs fois dans la journée, durent une heure, deux heures au plus. Ces douleurs sont localisées à l'épigastre, quelquefois en un point très limité, elles ont des radiations vers la poitrine et le dos.

Les vomissements de la période du début sont inconstants et capricieux. Ils ne sont pas, en effet, sous la dépendance d'une sténose anatomique, non encore existante, mais résultent de troubles spasmodiques ; ils ne ressemblent pas aux grands vomissements alimentaires des rétentions gastriques définitivement constituées. Ils sont muqueux, bilieux, rarement alimentaires, quotidiens ou espacés, influencés parfois par une attitude particulière qui est souvent le décubitus latéral gauche. Les hématemèses sont rares et de leur absence il ne faut jamais s'autoriser à rejeter l'existence d'un ulcus en évolution.

Cette symptomatologie très fruste, justifie pleinement l'opinion qu'il faut se contenter de qualifier les malades de gastriques et qu'il est alors difficile de déceler la véritable nature de leur affection. Les digestions deviennent de plus en plus laborieuses.

Les malades tendent à réduire leur alimentation au minimum, s'amaigrissent, deviennent pâles et se cachectisent progressivement. Finalement l'état général devenant immédiatement grave et les malades ayant épuisé toutes les ressources de la thérapeutique médicale, ils se confient au chirurgien. A ce moment l'affection est arrivée le plus souvent à son deuxième stade et les signes qui dominent la symptomatologie sont ceux de la rétention gastrique ; il est du reste difficile de dire s'il s'agit d'une sténose pylorique ou médio-gastrique.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous avons distingué trois formes de biloculation :

Dans la forme juxta-cardiaque les symptômes sont à peu de chose près ceux d'un rétrécissement œsophagien bas situé. La très petite capacité de la poche cardiaque fait qu'il ne se produit pas des vomissements vrais, mais plutôt des régurgitations. La longueur de la sonde œsophagienne qu'il est possible d'introduire peut permettre de faire le diagnostic. Une radioscopie lèverait du reste tous les doutes.

Dans la forme médio-gastrique, dans presque tous les cas, le volume de la poche cardiaque est suffisant pour que, au point de vue clinique, la sténose soit très difficile à distinguer du rétrécissement pylorique ; mais retenons ceci que dans la biloculation médio-gastrique, la dilatation due à la poche cardiaque resterait à gauche de la ligne médiane, tandis que dans la sténose pylorique au contraire l'estomac dilaté dépasserait cette ligne médiane.

La percussion fait entendre deux foyers distincts

de sonorité gastrique. La *palpation* peut fournir un élément de diagnostic, en faisant sentir au niveau de la ligne médiane ou à sa gauche, sous le rebord costal, une zone indurée qui éveille l'idée d'un néoplasme. Le clapotage peut faire reconnaître la limite inférieure de l'estomac. On ne perçoit le clapotage qu'à gauche de la ligne médiane. L'*auscultation* fait entendre un bruit de glougou.

MM. Bouveret et Jaboulay nous disent que le stéthoscope appliqué au niveau même du point rétréci, permet d'entendre pendant la distension de l'estomac une série de bruits bullaires donnant bien l'impression du passage brusque d'un peu de liquide ou de gaz dans une cavité spacieuse.

Nous allons énumérer, rapidement, certaines méthodes utiles, mais sans grande application usuelle jusqu'ici.

1° La *gastro-diaphanoscopie*, pratiquée par Mullet en 1867, et depuis par Rosenheim, Chauffard, où avec l'aide d'une puissante lampe électrique introduite dans l'estomac plein d'eau, on examine dans une chambre noire la transparence gastrique sur la paroi, mais cette méthode est tombée dans l'oubli.

2° L'*insufflation*, que M. Bouveret a beaucoup préconisée, donne peu de résultats avec des parois abdominales épaissies et est contre-indiquée toutes les fois que le malade présente des symptômes aigus ou des hémorragies.

3° Le *lavage* d'estomac et les deux signes connus de Wolfler, ainsi que l'ectasiè paradoxale de Jauroski ont souvent donné des renseignements inexacts.

4° La *radioscopie* est une méthode parfaite, qui permet à si peu de frais d'obtenir des renseignements exacts sur l'état statique et dynamique de l'estomac, qu'il serait illogique de ne pas en profiter. Pratiquée par Roux, Balthazard et Cannon, après ingestion de sous-nitrate de bismuth en suspension dans un liquide (bouillie bismuthée), la radioscopie montre le siège, la forme, le degré de la dilatation dans la biloculation ; l'estomac se dessine avec la plus grande netteté sous forme de deux poches séparées par une large et profonde incision qui va de la grande à la petite courbure. Au fond de l'incision se voit la portion rétrécie dont le calibre est fort restreint et qui paraît posséder une certaine longueur.

PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

L'estomac biloculaire par ulcère comporte un diagnostic très sombre; abandonnée à elle même cette affection ne guérit pas, mais aboutit à la mort par inanition et cachexie à allure cancéreuse. L'ulcéro-cancer se comporte comme une véritable néoplasie maligne; ainsi sans aucune complication l'estomac en sablier, s'il n'est pas traité chirurgicalement, est susceptible d'amener la mort par cachexie cancéro-forme progressive. Il n'est pas moins dangereux par ses complications : 1° hémorragie ; 2° perforation.

Les hémorragies peuvent être assez abondantes ou assez fréquemment répétées pour amener la mort avant l'apparition de la cachexie finale. Quelques malades ont pu succomber à une hématomèse foudroyante, mais c'est une éventualité rare.

Les perforations gastriques sont au contraire très fréquentes. Souvent elles n'ont aucune répercussion clinique, car elles se produisent au niveau d'adhérences solides unissant l'estomac aux organes voisins. La paroi stomacale est toute entière détruite et le fond de l'ulcération repose sur le foie, le pancréas ou la rate.

La perforation est évidente anatomiquement, cliniquement elle passe inaperçue. Parfois les adhé-

rences sont insuffisantes et des collections purulentes enkystées peuvent prendre naissance : abcès sous-phréniques, abcès périgastriques antérieurs ou postérieurs. Quand il y a peu d'adhérences, la perforation se fait en péritoine libre et donne lieu à une péritonite suraiguë généralisée.

TRAITEMENT

Nécessité de la Gastrectomie dans le traitement de l'estomac biloculaire par ulcère en évolution.

Pour donner à la gastrectomie son importance, nous dirons seulement quelques mots sur le traitement médical et sur les opérations dérivatrices comme la gastro-gastrostomie et la gastro-entérostomie. Le traitement médical sera le même que celui qui est indiqué dans les sténoses pyloriques, il consiste surtout à combattre les effets de la stase ; l'administration des alcalins à haute dose rendra service dans quelques cas ; on se trouvera bien de la révulsion faite sur le creux épigastrique, soit sous forme de compresses humides chaudes ou froides, soit sous forme de cataplasmes sinapisés, pointes de feu, etc. ; on prescrira comme régime, le lait, les purées, etc.

Dans sa thèse, M. Perret cite deux observations de malades chez lesquels, le traitement médical donna de bons résultats ; mais la guérison fut-elle durable ? M. Guillemot nous dit (que la guérison par un traitement médical n'est possible que dans certains cas d'estomacs biloculaires congénitaux qui

présentent des troubles dyspeptiques). Mais cette guérison sera-t-elle durable? Un ulcère ne viendra-t-il pas se greffer au niveau du rétrécissement et produire des complications?

Il ne faut pas espérer une guérison, ni même une amélioration du traitement médical; vous ne pouvez pas mettre votre malade à l'abri des complications qui peuvent survenir.

Nous allons aborder l'étude du seul traitement qui soit efficace, le traitement chirurgical.

Une opération dérivative, nous dit M. Delore, comme la gastro-gastrostomie ou la gastro-entérostomie est parfaitement légitime et capable de donner d'excellents résultats lorsque la biloculation gastrique est due à des lésions définitivement éteintes et purement cicatricielles, à un ulcère guéri, mais dans un cas d'un ulcère en activité, ayant résisté pendant de nombreuses années à des tentatives répétées de traitements médicaux, toutes les stomies doivent céder à l'ectomie.

On croyait que la gastro-entérostomie était une arme efficace et dont le maniement ne présentait pas grand danger, mais on ne tarda pas à voir que, dans un certain nombre de cas, toutes les opérations dérivatrices restaient sans effet définitif. Après une période d'amélioration de durée variable, le patient recommençait à souffrir et à vomir, quelquefois il succombait à une complication inhérente à l'ulcère resté en place, à une perforation par exemple ou à une hématomérose, comme nous l'avons montré dans notre pronostic. Dans d'autres cas encore, la

cachexie continuait sa marche progressive et le malade mourait après s'être affaibli comme s'il s'était agi d'une lésion cancéreuse.

Toutes ces considérations amenèrent quelques chirurgiens hardis à pratiquer la résection du rétrécissement. Zeller en 1894 publia un cas de gastrectomie partielle, Reclus en 1900 communiqua un cas avec gastro-entérostomie. Vallas à Lyon en 1904 pratiqua avec un excellent résultat une résection annulaire médiogastrique pour estomac biloculaire par ulcéro-cancer. A la Société de Chirurgie de Lyon le 23 janvier 1908, à la suite de la présentation par M. Goullioud de trois cas d'estomacs biloculaires, cas dans lesquels le seul malade guéri le fut par une large pyloro-gastrectomie (le premier ayant succombé à une perforation spontanée et le second à la suite d'une gastro-entérostomie, un point de la suture s'étant dénoué), M. Goullioud se montre grand partisan de l'exérèse. « L'exérèse de la portion rétrécie, dit-il, est l'opération de choix; elle supprime l'ulcère et ma première intervention montre un des dangers de celui-ci : la perforation possible. »

Pourquoi et quelles sont les causes qui nous font préférer la gastrectomie aux autres opérations dites palliatives :

1° Parce que le plus souvent, pour ne pas dire toujours, il ne s'agit pas d'un ulcère simple, mais d'un ulcéro-cancer, qui peut un jour ou l'autre revêtir une malignité plus considérable et devenir inopérable.

2° L'ulcère calleux avec biloculation, du fait de

l'inanition, conduit fatalement le malade à la mort par cachexie au bout d'un temps plus ou moins long ; une opération dérivative rétablira le cours des aliments, mais le malade restera exposé aux complications de son ulcère.

3° Le malade vient nous chercher parce qu'il souffre et cette souffrance n'est-elle pas due à des lésions ulcéreuses et à la périgastrite ?

4° Le malade pourra succomber à une hématoméso-foudroyante par ulcération d'un gros vaisseau ; une perforation surviendra peut-être donnant lieu à une péritonite septique.

Donc la gastro-entérostomie seule ne peut suffire et la résection (la gastrectomie) est l'opération de choix.

Marche à suivre et technique opératoire.

La gastro-entérostomie considérée comme opération palliative peut être exécutée très rapidement sous anesthésie locale de la paroi abdominale, avec le minimum de choc opératoire. Il faut la pratiquer au-dessus des lésions sous peine d'être plus nuisible qu'utile au malade, en exagérant ses troubles digestifs et en provoquant un dénouement rapidement fatal.

Dans le cas d'ulcères adhérents en avant à la paroi abdominale, toute la région de l'estomac sous-jacente aux lésions est hors d'atteinte, et souvent une seule tentative de décollement, la simple laparotomie médiane elle-même, conduisent à ouvrir infailliblement la cavité gastrique, ce qui équivaut immédiatement à l'obligation d'une exérèse.

LA GASTRECTOMIE.

La résection d'un segment rétréci occupant la région moyenne de l'estomac dans les cas d'estomac biloculaire non adhérent constitue une intervention bien réglée par toutes les descriptions classiques de chirurgie gastrique :

1° *L'exploration de l'estomac* devra être minutieusement pratiquée pour rechercher l'existence possible d'un ulcère indépendant ou à distance de celui qui a créé la biloculation.

2° *L'hémostase préventive.* — La ligature des vaisseaux des courbures, isolés à la sonde en amont et en aval des futures tranches de sections, constitue le plus sûr garant d'une hémostase parfaite et définitive.

3° *L'exérèse.* — L'étendue seule des lésions doit indiquer le lieu de la section.

4° *La suture.* — La suture doit être faite en réunissant bout à bout les deux tranches gastriques et en reconstituant aussi parfaitement que possible la forme de l'estomac normal. Cette suture bout à bout est d'exécution facile, seule la réunion de deux tranches postérieures présente quelques petites difficultés tenant à la mobilité de la paroi postérieure de l'estomac. La suture en trois plans au catgut donne des résultats parfaits :

Un premier plan muco-muqueux ;

Un deuxième plan musculo-séreux, plan hémostatique et qui a l'avantage de protéger efficacement le plan muco-muqueux pendant les premières heures ;

Un troisième plan séro-séreux, qui sera réservé pour la fin.

LA RÉSECTION GASTRIQUE DANS LES ESTOMACS BILOCULAIRES ADHÉRENTS.

L'intensité de ces adhérences est très variable, d'où résulte une gêne très inégale à la réalisation de l'exérèse. Les adhérences constituées par des brides péritonéales plus ou moins épaisses ne sont jamais un obstacle bien ennuyeux, et l'on arrive par quelques coups de ciseaux prudents à dégager l'estomac.

Ce qu'il faut entendre ici par adhérences, ce sont les aboutissants de l'évolution des ulcères chroniques pénétrants qui tôt ou tard franchissent les limites de la paroi gastrique, pénètrent dans les viscères voisins et dont on ne peut le détacher qu'en ouvrant la brèche jusque-là comblée par le viscère protecteur.

LIBÉRATION DES ADHÉRENCES.

a) *Adhérences avec la paroi abdominale.* — En pareil cas, l'incision de la paroi doit être prudente, car l'adhérence peut se prolonger plus en dedans que ne l'avait indiqué la palpation, de telle sorte que l'on peut se trouver en plein estomac avant même d'avoir ouvert le péritoine.

b) *Adhérences hépatiques.* — Vis-à-vis du foie, il existe deux façons de se comporter. Certains auteurs, Reidel et Bier, essaient jusqu'au bout de retarder l'ouverture gastrique; c'est donc au dépens du foie qu'ils effectuent la libération, soit au thermocautère, soit

aux ciseaux, en excisant dans le parenchyme une mince languette de tissu hépatique qui oblitérera là encore l'orifice de l'ulcère. Cette excision se fait d'ailleurs aux dépens d'un foie scléreux, fortement modifié par les adhérences.

Cependant, il est encore plus simple de séparer l'estomac du foie, sans chercher à éviter la perforation, en clivant le bord de l'ulcère jusqu'à l'ouverture de la cavité gastrique et, en laissant ensuite le fond de la lésion adhérent à la face inférieure du foie. Ce procédé est très peu hémorragique, à la condition d'avoir sous la main un appareil à aspiration, de façon à étancher, dès l'ouverture, tout le contenu de l'estomac.

c) *Libération du pancréas.* — Les adhérences qui unissent l'estomac au pancréas sont les plus fréquentes et les plus gênantes. La manœuvre qui donne le plus de jour est la section préventive de la poche pylorique entre deux clamps. On peut dès lors renverser la portion à libérer vers la gauche, ce qui facilite l'accès sur la zone d'union pancréatico-gastrique.

Il faut éviter de blesser le pancréas sous peine de déclencher une hémorragie en nappe et dont il est difficile de se rendre maître; donc, pas d'exérèse pancréatique, mais l'abandon pur et simple de l'ulcère gastrique sur le pancréas, on peut toujours donner un coup de curette discret ou une légère thermocautérisation.

OBSERVATIONS ET RÉSULTATS

OBSERVATION I.

DELORE ET ALAMARTINE (*Revue de Chirurgie*, 1909).

Femme de 46 ans, troubles gastriques remontant à quinze ans, avait eu de 15 à 30 ans des signes d'ulcère gastrique qui avait disparu par la suite. Depuis deux ans, vomissements assez abondants, tous les deux jours environ, douleur au-dessous du rebord costal gauche.

Estomac légèrement dilaté avec clapotage, tumeur épigastrique du volume d'une mandarine.

Opération, 21 juin 1907. Estomac biloculaire, la zone de sténose médiogastrique adhère à la paroi abdominale antérieure. Résection annulaire médiogastrique.

Suite opératoire. L'alimentation est commencée dès le quatrième jour, la malade se lève dès le douzième jour.

Examen de la pièce opératoire. Ulcéro-cancer médiogastrique occupant la face postérieure, la petite courbure et la face antérieure.

Suites éloignées, le 5 mai 1914. L'opérée nous écrit qu'elle se porte bien et s'alimente sans phénomènes douloureux et sans vomissements.

OBSERVATION II.

DELORE (Thèse de Payot, Lyon, 1913).

Femme, 28 ans. Troubles digestifs depuis cinq à six ans, amaigrissement, douleurs épigastriques. Les vomissements étaient fréquents, mais depuis trois mois ils ont cessé par réduction de l'alimentation. Sous le rebord costal gauche, on sent une humeur immobile paraissant adhérente à la paroi abdominale.

Intervention, 4 décembre 1911. Il s'agit d'un ulcère de la petite courbure et de la paroi antérieure de l'estomac qui adhère à la paroi abdominale au niveau du muscle grand droit du côté gauche. Le muscle est pénétré par l'ulcération jusqu'à l'aponévrose superficielle et tout autour les fibres musculaires sont enflammées. L'ulcère est enlevé avec la zone de la paroi abdominale qui est envahie: Il y a quelques petits ganglions coronaires légèrement indurés. Après l'exérèse de l'ulcère, l'estomac est divisé en deux portions, cardiaque, plus grande, pylorique, plus petite, réunies par un pont de muqueuse de la largeur de deux travers de doigt et situé sur la grande courbure. Ce pont de muqueuse est enlevé et l'on termine par une anastomose bout à bout des deux tranches cardiaque et pylorique avec deux plans de catgut en arrière et trois en avant. Il s'agit, en somme, d'une résection médio-gastrique. Suture totale de la paroi.

Examen histologique. Epithélioma typique d'allure bénigne.

Suite opératoire des plus simples. En juillet 1912, l'opérée écrit qu'elle se porte parfaitement bien. En mai 1914, nous recevons de l'opérée des nouvelles d'une santé florissante, elle a eu un bébé il y a dix mois.

OBSERVATION III.

DELORE, Hôpital de la Croix-Rousse, salle Ste-Catherine.

Femme, 55 ans, entrée dans le service, 9 janvier 1919. Souffre de l'estomac depuis plusieurs années, en particulier depuis un an, les douleurs surviennent deux heures après les repas et sont calmées par l'absorption d'aliments — pas de vomissements, pas d'amaigrissement notable — à la palpation on trouve une petite tumeur du creux épigastrique, très mobile avec les mouvements de la respiration.

Laparatomie exploratrice sus-ombilicale, le 14 janvier 1919. On trouve un énorme ulcère de la petite courbure adhérent au pancréas qu'on pouvait enlever, si ce n'était l'état général de la malade. Il existe, en outre, une biloculation avec une poche pylorique beaucoup plus grosse que la poche cardiaque. Pour permettre l'exérèse on tente une gastro entérostomie post-transmesocolique.

2^e TEMPS. — Le 30 janvier 1919, on a de grosses difficultés pour enlever l'ulcère qui est de la largeur d'une pièce de 5 francs et adhère intimement au pancréas et à l'épiploon. Après avoir largement ouvert l'estomac, taillé dans le pancréas, on arrive à dégager l'estomac, pendant l'opération hémorragie persistante qui dure un quart d'heure.

Pour terminer l'intervention, il est nécessaire d'enlever la poche inférieure et l'orifice de gastro. On termine par Billeroth II gastro avec suture à deux plans et réunion de deux tranches gastrique et duodénale à trois plans au catgut.

Suites opératoires compliquées par une congestion de la base droite. — Guérison.

OBSERVATION IV.

DELORE (Hôpital de la Croix-Rousse). Résection d'un ulcère de la petite courbure avec biloculation.

Femme, 35 ans. Souffre depuis quatre ans. Vomissements rares, jamais de mœna, pas de point douloureux fixe. A l'examen on sent une tension de l'estomac assez nette, en outre, à droite, sur la ligne médiane point douloureux; en appuyant, on sent une zone indurée, probablement un ulcère prépylorique.

Laparatomie, le 7 février 1919, on tombe sur un ulcère de la petite courbure très ancien, très adhérent en arrière, ayant déterminé nettement une biloculation gastrique, deux poches supérieure et inférieure qui paraissent sensiblement égales. On fait une résection cunéiforme de l'ulcère en dépassant très largement les limites.

Suture trois plans au catgut. A la fin de l'intervention, le point de passage entre les deux poches paraît rétréci et admet cependant les deux doigts sans difficulté.

Guérison après plusieurs lavages de l'estomac.

OBSERVATION V.

DELORE (Hôpital de la Croix-Rousse).

Femme, 44 ans, entrée dans le service le 19 octobre 1918. A vu le docteur Bouvret en juin 1918, qui a posé le diagnos-

tic de sténose pylorique d'origine cicatricielle. Vomit depuis deux mois d'une façon irrégulière. Sténose pylorique certaine avec clapotage et tension. On sent au niveau du pylore une petite tumeur mobile de consistance peu dure. On pense à un ulcère.

Laparotomie sus ombilicale. On tombe sur un estomac très épaissi, distendu, il existe, en effet, un gros ulcère calleux, sur le pylore et la première portion du duodénum, adhérent en arrière du mésocôlon et du pancréas ; il possède une telle mobilité qu'on peut extérioriser la masse ulcéreuse. Dans ces conditions un deuxième temps opératoire est indiqué. On fait ce jour une g. e. p. transmésocolique au bouton.

Deuxième temps, 16 janvier 1919. Il s'agit d'un ulcère de la petite courbure à sa partie moyenne ayant provoqué une biloculation gastrique assez serrée. Cette ulcère paraît même en voie de cicatrisation. On fait la résection de la poche inférieure. On enlève l'ulcère cause de la biloculation.

L'opération est très correcte, fermeture de la tranche gastrique et duodénale à trois plans de suture au catgut.

A l'examen de la pièce, le pylore n'est pas rétréci, quoique la poche inférieure soit dilatée. Au niveau de la petite courbure il y avait deux ulcères, l'inférieur cicatrisé, le supérieur encore en évolution.

La malade est sortie le 13 février 1919 bien guérie.

OBSERVATION VI.

L. BÉRARD (Société de Chirurgie de Lyon, 23 janvier 1908,
Lyon Médical, p. 554).

Homme de 50 ans.

Diagnostic clinique : Néoplasme ou ancien ulcère juxta-pylorique avec sténose. Estomac biloculaire avec une petite poche prépylorique.

Intervention : Ulcéro-cancer de la petite courbure avec biloculation. Pylorogastrectomie. Billroth II.

Guérison opératoire, va bien en 1909.

OBSERVATION VII.

LAMBOTTE (Congrès international de chirurgie, Bruxelles, 1915,
Th. TISSERAND, Lyon, 1905-1906).

Femme, 48 ans, souffre depuis plusieurs années de l'estomac, cachexie extrême.

Diagnostic clinique : Ulcère calleux de l'estomac.

Opération, 11 juillet 1904 : Ulcère médiogastrique adhérent au foie et au pancréas ayant par rétraction cicatricielle transformé l'estomac en bissac. Ulcère calleux plus petit du pylore. Résection de la partie moyenne de l'estomac après libération des adhérences et excision d'un cône du pancréas malade. Résection du pylore.

Guérison parfaite, juillet 1906.

OBSERVATION VIII.

RECLUS (Boismad, th. Paris, 1906, p. 73).

Gastrectomie annulaire avec gastroentérostomie pour estomac biloculaire dans un ulcère en évolution 1900.

Guérison opératoire, pas d'autres renseignements.

OBSERVATION IX.

HOFMEISTER (Paterson. Gastric surgery, London, 1906).

Femme, 39 ans.

Estomac biloculaire, sténose pylorique.

Opération, octobre 1904.

Gastroentérostomie après gastrectomie.

Guérison, va bien depuis.

OBSERVATION X.

VALLAS (Société Chirurgicale de Lyon, 26 janvier 1905.)

Femme, 70 ans, souffre de l'estomac depuis quatre ans, cachexie à gauche de l'ombilic.

Signes de sténose.

Opération, 15 décembre 1904. Biloculation médiogastrique par ulcéro-cancer. Ablation par une résection circulaire comprenant trois travers de doigts d'estomac, recoupe oblique au niveau de la tranche cardiaque.

Réunion bout à bout par suture à deux plans.

Suites parfaites, morte en mai 1908 d'une nouvelle hématomèse.

Diagnostic histologique : adénome de faible malignité.

CONCLUSIONS.

I. L'estomac biloculaire est un rétrécissement permanent de la portion moyenne de l'estomac qu'il faut séparer des biloculations temporaires, physiologiques ou pathologiques. Son origine congénitale est douteuse.

L'estomac biloculaire acquis est ordinairement consécutif, soit à un ulcère en activité, soit à un ulcère cicatrisé.

II. On peut distinguer deux périodes dans la symptomatologie de l'estomac biloculaire par un ulcère : une période où l'on rencontre les symptômes des gastrites ulcéreuses, une deuxième période caractérisée par des signes de sténose gastrique.

III. La radioscopie de l'estomac d'après la méthode du double repas bismuthé du docteur Barjon facilite l'étude complète de l'estomac en une seule séance, et permet d'éviter au maximum les erreurs d'interprétation.

IV. Le pronostic de l'estomac biloculaire est très grave, presque fatal avec les seules ressources du traitement médical.

V. Le seul traitement efficace est le traitement chirurgical.

Les opérations palliatives ne donnent en matière d'ulcère chronique et de biloculation gastrique que des résultats incertains et rarements prolongés.

VI. La résection du segment rétréci, siège de l'ulcère, est l'opération de choix : elle remédie au rétrécissement et est curative de l'ulcère.

Le Président de la thèse,

L. BÉRARD.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon le 7 mai 1919.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

E. DEPÉRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BOUVERET. — Traité des maladies d'estomac, 1893.
- CHABRIÉ. — Thèse, Toulouse, 1894.
- DOYEN. — Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum Paris, 1895.
- BOUVERET. — Sur le diagnostic de l'estomac biloculaire par l'insufflation. (*Lyon Médical*, 2 février 1896.)
- WATSON. — Hour gloss stomach due to cicatrisation of gastric ulcer. (*Boston med. and Surg. Journal*, 2 avril 1896, in thèse Marion.)
- PERET. — L'estomac biloculaire. Cause. Diagnostic. Traitement. (Thèse, Lyon, 1896.)
- JABOULAY. — *Archives principales de chirurgie*, oct. 1896.
- TERRIER et HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac, 1899.
- GUILLEMOT. — Thèse, Paris, 1899.
- GUINARD. — Soc. de chirurgie, 1900.
- RECLUS. — Soc. de chirurgie, 1900.
- TESTUT. — Traité d'anatomie, 1912.
- POIRIER. — Traité d'anatomie, 1912.
- BOUVERET. — *Lyon Médical*, 16 mars 1902.
- G. LION. — Gastropathie et nervopathie d'origine statique. (*Gazette des hôpitaux*, novembre 1902.)
- PINATELLE. — Thèse, Paris, 1902.
- MONPROFIT. — La gastro-entérostomie, 1903, p. 310.
- G. LION. — Deux cas d'estomac en sablier. (*Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, nos 3 et 4, 1906.
- DELAGENIÈRE. — *Province médicale*, 1906, n° 20.
- MAYO. — Logical heatment of gastric and duodenal ulcer audit results. (*Ancor. med. assoc.*, 1906.)
- MONPROFIT. — *Annales internationales de la chirurgie gastro-intestinale*, 1906.
- DELORE. — *Revue de clinique*, 1909.
- SANTI. — Thèse, Lyon, 1914.

